

AIDP 患者의 韓洋方 治療 1例

김종환, 박상욱, 장자원, 신우진, 홍현우, 김지윤, 최인선, 황원덕
동의대학교 한의과대학 내과학교실

One Case of AIDP Treatment with Oriental & Western medicine

Kim Jong-hwan, Park Sang-wook, Jang Ja-won, Sin Woo-jin, Hong Hyun-woo,
Kim Ji-yun, Choi In-sun, Hwang Won-duck

Department of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Dong-eui University

Introduction: Guillain-Barre syndrome(GBS) is defined as a recognizable clinical entity that is characterized by rapidly evolving symmetric limb weakness, a loss of tendon reflexes, absent or mild sensory signs, and variable autonomic dysfunctions.

Recently there is an opinion that Acute Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy(AIDP) is more effective than "GBS" for the symptoms. These symptoms are applicable to rheumatic arthritis(痺), flaccid paralysis of limb(痿) caused by wind, cold and dampness(風, 寒, 濕) from an oriental medical view point. On this, we reported one case that diagnosed as "complex of rheumatic arthritis(痺) and flaccid paralysis of limb(痿)" at our oriental medical hospital.

Result: we considered these symptoms as "complex of rheumatic arthritis(痺), flaccid paralysis of limb(痿)".

In accordance with the result, we treated the patient with Chung-Sang · Tong-Jung · On-Ha(清上通中溫下). We concluded that external factors such as wind, cold and dampness(風, 寒, 濕) and internal factors like vital energy's disharmony(生氣不調和) affected the patient.

Key Words: AIDP(Acute Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy), GBS(Guillain-Barre syndrome), Complex of rheumatic arthritis(痺) and flaccid paralysis of limb(痿), Chung-Sang · Tong-Jung · On-Ha(清上通中溫下)

1. 緒 論

길랑-바레 증후군(Guillain-Barre syndrome; GBS)은 인구 10,000명당 0.6~1.9명 정도로 발생하는 희귀한 질환으로서¹, 임상적으로 대칭적인 이완성 마비와 경도의 감각마비를 동반하는 질환이다. 운동마비가 심하게 진행되면 수 일 내에 호흡마비까지 발생하거나 球痲痺 증세를 보이일 수 있는 응급을 요하는 질환이다².

일반적인 경우, 이 질환의 예후는 발병 4주에 최

고의 악화상태에 도달하고 그 후는 점차 회복이 되며, 6개월 이내에 85%가 통원 가료 수준에 도달한다고 하였다³.

근래에는 이 질환을 임상적 소견, 신경전도 검사 및 뇌척수액 검사에 의하여 진단한 병명이 길랑-바레 증후군이란 용어보다 급성 염증성 탈수초성 다발신경근 신경병증(acute inflammatory demyelinating polyradiculo- neuropathy ; AIDP)이란 용어가 더 적절한 것으로 인식되고 있다³.

이 질환의 주 증상은 근력 약화인데, 경한 실조에서부터 모든 운동신경과 뇌신경이 마비되는 것까지 광범위하나, 대부분의 경우 근무력은 하지에서부터 느끼며, 드물게는 상지나 양측 안면 마비로부터 시

· 접수 : 2003. 8. 1 · 채택 : 2003. 12. 10
· 교신저자 : 황원덕, 부산광역시 부산진구 양정2동 산45-1
동의대학교 부속한방병원 6내과
(Tel. 051-850-8625, Fax. 051-867-5162,
E-mail : hwooso@hanafos.com)

작하는 경우도 있다⁴.

이에 관한 한방적 연구로는 치험 3례를 통한 ‘Guillain-Barre 증후군에 대한 동서의학적 고찰’에 관한 연구¹가 한 편 있으며, 여기서는 上記의 증상을 痿證에 해당하는 것으로 판단하고 치료한 결과를 보고하였는 바, 저자는 AIDP를 痿病과 痺症이 併發한 것으로 진단하고 치료하여 유의성있는 결과를 얻었기에 이를 보고하는 바이다.

이 환자는 2000년 11월 29일부터 2000년 12월 22일까지 입원, 2000년 12월 23일부터 2001년 3월 3일까지 통원 치료하였으며, 치료 경과의 호전 여부는 임상증상의 변화와 총 3차에 걸친 신경전도속도 검사(NCV; Nerve Conduction Velocity Study) 결과에 근거하였다.

II. 症 例

1. 환자 : 이○○
2. 성별/나이 : M/52
3. 치료기간
 - (1) 입원치료기간 : 2000. 11. 29~2000. 12. 23
 - (2) 통원치료기간 : 2000. 12. 16~2001. 3. 3
4. 진단명 : 痺症, 痿病 / AIDP
5. 발병일 : 2000. 11. 22
6. 주소증 : 兩下肢 운동 장애 및 감각장애, 우측 안면마비
7. 과거력 : ① 특발성 안면신경 마비 - 96년 한의원에서 치료받고 완쾌.
 ② 당뇨병 - 93년 진단받고 치료받지 않음. 동강병원.
 ③ 고혈압 - 발병시 진단. 동강병원.
8. 가족력 : 고혈압이 형제와 모친에 有.
9. 음주력/흡연력 : 10년전 소주 2~3병/일, 최근 매일 2~3잔/일 / (-)
10. 사회력 : 의식업, 카톨릭 신자, 고졸
11. 현병력 : 52세의 체중 68kg · 키 163cm인 꼼꼼한 성격의 남자 환자로서, 발병일 전(2000년 11월 15일 경) 兩下肢의 위약감이 발생하며 감기와

비슷한 身痛이 일주일 가량 있어 ○○병원에서 치료받았으며, 발병일 경 우측 耳後痛이 있으면서 안면 마비가 나타났고 다음날부터 兩下肢 무력이 진행되어 일반 한의원에서 침구치료 하였으나, 증상이 계속 악화되어 같은 달 25일 ○○병원 입원 치료하여 별다른 증세의 호전 없었으며, 2000년 11월 29일 본원 외래 통하여 입원.

12. 신경전도속도(NCV: Nerve Conduction Velocity) 검사 결과

정상인의 최고 전도속도는 최소 40~45 m/s에서 최대 65~75 m/s로 다양하며 이는 검사하는 신경에 따라 다를 수 있고, 하지가 상지보다 더 느리다⁶.

(1) 1차 검사 - 2000년 11월 30일

하지의 운동 신경전도 속도가 감소되어 있었고, 우측 상지의 운동 신경(Motor Nerves Right Median Wrist-Elbow) 전도 속도도 감소되어 있었으며, 상지의 감각 신경 전도 속도는 큰 변화가 없었는데, 이 때 환자는 하지의 근무력과 저림을 호소하였으며 상지에는 특별한 증상이 나타나지 않았다.

(2) 2차 검사 - 2000년 12월 19일

양측 상지 및 우측 하지의 운동 신경전도 속도가 1차 검사보다도 더욱 감소되었으며, 좌측 하지의 운동 신경(Motor Nerves Left Tibial Ankle-Knee) 전도 속도는 오히려 회복되었다. 이 때 환자는 하지의 근무력 및 감각 장애가 모두 회복되는 중이었다.

(3) 3차 검사 - 2001년 1월 30일

운동 신경전도 속도가 대부분 회복되었으나, 좌측 하지의 운동 신경(Motor Nerves Left Tibial Ankle-Knee) 전도 속도만이 회복되지 않았고 감소되었다. 좌측 상지(손목에서 팔꿈치) 정중 운동 신경(Motor Nerves Left Median Wrist-Elbow)의 전도 속도는 3차 검사 시 크게 회복되었다. 상지의 감각 신경은 전도속도의 감소가 처음부터 거의 없는 것으로 관찰되었다.

이상의 검사 결과를 아래에 Table 1과 Fig. 1에 圖示하였다.

13. 치료 내용

(1) 양방 치료

① 2000년 12월 1일~2000년 12월 7일

- M-cobal 1T po tid
- Tanamin 1T po tid
- Beszyme 1T po tid
- Thioctacid 3T po qd
- Enafon 1T po qd

② 2000년 12월 8일~2000년 12월 14일

- M-cobal 1T po tid
- Tanamin 1T po tid
- Beszyme 1T po tid
- Thioctacid 3T po qd
- Enafon 1T po qd

Somalgen 1T po tid

Myonal 1T po tid

③ 2000년 12월 15일 ~ 2001년 1월 1일

- M-cobal 1T po tid
- Tanamin 1T po tid
- Beszyme 1T po tid
- Thioctacid 3T po qd
- Enafon 1T po qd
- Enafon 0.5T po bid

④ 2001년 1월 2일 ~ 2001년 1월 29일

- M-cobal 1T po tid
- Tanamin 1T po tid
- Beszyme 1T po tid
- Thioctacid 3T po qd
- Enafon 1T po qd
- Enafon 0.5T po bid

Table 1. NCV 검사 결과

	Motor Nerves Rt. Median Wrist-Elbow	Motor Nerves Lt. Median Wrist-Elbow	Motor Nerves Rt. Tibial Ankle-Knee	Motor Nerves Lt. Tibial Ankle-Knee	Sensory Nerves Rt. Median Wrist-Elbow	Sensory Nerves Lt. Median Wrist-Elbow
1차	41.8	46.4	42.0	41.5	53.1	53.2
2차	40.3	41.4	40.8	44.4	52.2	52.9
3차	46.9	51.8	41.9	39.1	51.2	52.4

Fig. 1 Result of NCV

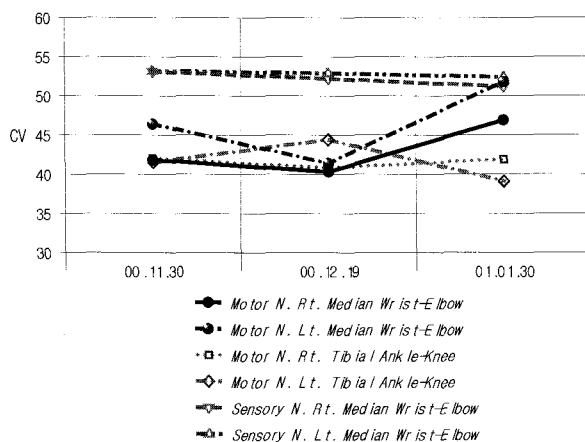


Fig. 1. Result of NCV

⑤ 2001년 1월 30일 ~ 2001년 3월 20일

- M-cobal 1T po tid
- Tanamim 1T po tid
- Beszyme 1T po tid
- Thioctacid 3T po qd
- Enafon 1T po qd
- Dormicum 1T qd

(2) DM control

- ① 2000년 12월 2일~2000년 12월 5일
NPH 20u, RI matching
- ② 2000년 12월 6일~2000년 12월 15일
NPH 30u-10u, RI matching
- ③ 2000년 12월 16일~2000년 12월 21일
NPH 20u-10u, RI matching
- ④ 2000년 12월 22일~퇴원
NPH 25u-5u, RI matching

(3) 한방 치료

① 鍼灸治療

痿病의 치료에 대하여 최 등¹⁰은 陽陵泉(筋會), 懸鍾(髓海), 大杼(骨會)에 灸하고, 下肢痿症에 대하여

足三里, 風市, 環跳, 陰陵泉, 解谿, 太淵, 懸鍾, 伏兎 등에 刺鍼한다고 하였으며, 痺症의 치료에 대하여 尺澤, 曲池, 肩髃, 天宗, 手三里, 天井, 足三里, 懸鍾, 陽輔, 崑崙, 委中, 風市, 陽陵泉, 行間, 解谿 등에 刺鍼한다고 하였다.

본 환자에게는 百會, 足三里, 陽陵泉, 陰陵泉, 懸鍾, 三陰交, 太衝, 崑崙 등의 穴에 刺鍼하였다.

百會는 督脈, 足太陽膀胱經, 手少陽三焦經, 足少陽膽經, 足厥陰肝經의 五脈이 함유하는 곳이며, 開竅寧神, 平肝熄風, 升陽固脫의 효능이 있다 하였고, 足三里와 陽陵泉은 痺症과 痿病에 모두 사용되는 穴로서, 足三里는 理脾胃, 調氣血, 補虛弱의 효능이 있으며, 一切 足病을 치료한다고 하였다. 陽陵泉은 八會穴의 筋會이며 足少陽膽經의 合穴로 利肝膽, 清濕熱, 強筋骨의 효능이 있다. 懸鍾은 八會穴의 髓會이며 足三陽經과 연락되어 있으며, 陰陵泉은 足太陰脾經의 合穴로 化濕滯, 利下焦의 효능이 있다. 三陰交는 足三陰經의 交會穴이며 健脾化濕, 疏肝益腎의 효능이 있다. 太衝은 足厥陰肝經의 輸血이며 原穴로 平肝, 理血, 通絡의 효능이 있다. 崑崙은 祛風通絡, 舒筋健腰의 효능이 있는 穴이다¹¹.

② 韓藥治療 및 經過

Table 2. 韓藥治療 및 經過

投與 期間	處方 및 加減	治療經過
2000.11.30 ~2000.12.1	白茯苓 何首烏 8g 人蔘 栝子仁 枸杞子 川芎 橘皮 桂柄 6g 石菖蒲 白芷 麥門冬 五加皮 當歸 4g 黃栢 甘草 2g	兩下肢의 위약 및 저림(야간에 甚). 안면마비(우측의 말초성 안면마비 및 좌측의 6번 신경마비로 진단받음) 심부건반사에는 減弱된 상태. 수면 불량
2000.12.2 ~2000.12.3	白茯苓 肉蓯蓉 8g 人蔘 栝子仁 枸杞子 川芎 橘皮 桂柄 石斛 6g 石菖蒲 白芷 麥門冬 五加皮 當歸 4g 甘草 2g 生薑 5片	兩下肢 위약 및 통증·저림. 兩上肢(手) 저림. 배부통, 안면마비, 두통, 해수·객담, 대변불통 5일, 통증으로 인한 수면 장애, BP 180/100 (아침)
2000.12.4	白茯苓 肉蓯蓉 8g 人蔘 栝子仁 枸杞子 黃芪 橘皮 桂柄 石斛 當歸 6g 石菖蒲 白芷 川芎 五加皮 附子 4g 甘草 2g 生薑 5片	兩下肢 위약 및 통증·저림 여전. 兩上肢(手) 저림 증가. 배부통, 안면마비, 통증으로 인한 수면 장애, 대변불통 6일 → 관장 시행, 해수·객담, 불면, BP 180/100 (아침)
2000. 12. 5	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 枸杞子 肉蓯蓉 桂柄 栝子仁 6g 石菖蒲 杜冲 白芷 乾薑 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	同上
2000.12.6	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 枸杞子 肉蓯蓉 桂柄 栝子仁 郁李仁 6g 香附子 白芷 乾薑 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	兩下肢 위약·저림 여전, 통증 감소. 兩上肢(手) 위약·저림 여전. 배부통, 안면마비, 수면 양호, BP 160/90 (아침)

投與 期間	處方 및 加減	治療經過
2000.12.7 ~2000.12.8	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 枸杞子 肉蓯蓉 桂柄 栝子仁 郁李仁 6g 香附子 白芷 乾薑 附子 牛膝 4g 甘草 升麻 2g 生薑 5片	兩下肢 위약 여전(거상 불가), 통증 감소, 저림 여전. 兩上肢(手) 위약 · 저림 여전. 배부통 감소, 안면마비, 대변불통 4일, 수면 양호
2000.12.9 ~2000.12.11	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 蒼朮 桂柄 栝子仁 6g 香附子 杏仁 砂仁 車前子 石菖蒲 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	兩下肢 위약 다소 호전, 통증 · 저림 감소. 兩上肢 위약 · 저림 여전. 배부통 감소, 안면마비, 수면 양호
2000.12.12	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 蒼朮 桂柄 栝子仁 石斛 6g 香附子 杜仲 砂仁 車前子 石菖蒲 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	하지 위약 호전, 통증 감소, 저림 여전. 兩上肢 위약 · 저림 여전. 배부통 없음. 안면마비. 수면 淺
2000.12.13	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 蒼朮 桂柄 栝子仁 6g 香附子 枸杞子 砂仁 澤瀉 石菖蒲 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	上同
2000.12.14 ~2000.12.17	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 蒼朮 桂柄 栝子仁 枸杞子 黃芪 6g 香附子 砂仁 澤瀉 石菖蒲 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	하지 위약 호전, 통증 감소, 저림 여전. 兩上肢 위약 · 저림 여전. 배부통 재발, 안면마비, 수면 양호
2000.12.18 ~2000.12.19	白茯苓 何首烏 薏苡仁 人蔘 黃芪 8g 蒼朮 桂柄 栝子仁 枸杞子 6g 香附子 砂仁 澤瀉 石菖蒲 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	하지 위약 호전(거상 가능), 통증 · 저림 감소. 兩上肢(手) 위약 여전, 저림 다소 감소. 안면마비, 複視(diplopia), 수면 양호
2000.12.20	白茯苓 何首烏 薏苡仁 人蔘 8g 蒼朮 桂柄 栝子仁 枸杞子 五加皮 6g 香附子 砂仁 澤瀉 石菖蒲 附子 牛膝 4g 甘草 2g 生薑 5片	하지 위약 호전, 통증 감소(없음), 저림 감소. 兩上肢(手) 위약 여전, 저림 다소 감소. 안면마비, 複視(diplopia), 수면 양호
2000.12.21 ~2000.12.22	白茯苓 何首烏 薏苡仁 人蔘 黃芪 8g 蒼朮 桂柄 栝子仁 石斛 6g 砂仁 澤瀉 石菖蒲 附子 牛膝 白附子 4g 甘草 升麻 2g 生薑 5片	上同 退院
2000.12.23 ~2000.12.25	白茯苓 何首烏 薏苡仁 人蔘 黃芪 8g 蒼朮 桂柄 栝子仁 石斛 6g 砂仁 澤瀉 石菖蒲 附子 牛膝 白附子 4g 甘草 升麻 2g 生薑 5片	
2000.12.26	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 黃芪 蒼朮 桂柄 6g 石菖蒲 南星 附子 川烏 牛膝 香附子 4g 甘草 黃連 2g 生薑 5片	
2000.12.27 ~2001.1.1	白茯苓 何首烏 薏苡仁 8g 人蔘 黃芪 蒼朮 桂柄 6g 石菖蒲 南星 乾薑 川烏 牛膝 白附子 4g 甘草 黃連 2g 生薑 5片	
2000.1.2 ~2001.1.29	白茯苓 何首烏 黃芪 8g 人蔘 薏苡仁 桂柄 6g 石菖蒲 南星 川烏 白附子 4g 甘草 升麻 白芷 2g 生薑 5片	외래 방문. 복시 없음. 사지의 筋無力 지속적으로 호전. 저림 거의 없음
2000.1.30 ~2001.2.12	白茯苓 何首烏 黃芪 8g 人蔘 薏苡仁 桂柄 6g 石菖蒲 南星 川烏 川芎 白附子 4g 甘草 升麻 白芷 2g 生薑 5片	
2000.2.13 ~2001.3.2	白茯苓 何首烏 黃芪 8g 人蔘 薏苡仁 桂柄 石菖蒲 南星 6g 白僵蠶 川烏 白附子 4g 甘草 升麻 白芷 2g 生薑 5片	
2000.3.3 ~2001.3.17	白茯苓 何首烏 黃芪 8g 人蔘 薏苡仁 桂柄 石菖蒲 6g 南星 川烏 薑黃 白附子 4g 甘草 升麻 白芷 2g 生薑 5片	사지의 筋無力 지속적으로 호전. 感覺障礙 거의 없음. 외래 치료 끝.

14. 治療 經過

- 2002. 11. 29

兩下肢의 위약 및 저림(야간에甚)

안면마비(우측의 말초성 안면마비 및

좌측의 6번 신경 마비로 진단받음)

심부건반사에는 減弱된 상태.

수면 불량

- 2002. 11. 30

- 兩下肢 위약 및 통증·저림
 兩上肢(手) 저림
 배부통
 안면마비
 - 2002. 12. 02
 兩下肢 위약 및 통증·저림
 兩上肢(手) 저림
 배부통
 안면마비
 두통
 해수·객담
 대변불통 5일
 통증으로 인한 수면 장애
 BP 180/100 (아침)
 - 2002. 12. 04
 兩下肢 위약 및 통증·저림 여전함
 兩上肢(手) 저림 증가
 배부통
 안면마비
 통증으로 인한 수면 장애
 대변불통 6일 → 관장 시행
 해수·객담
 불면
 BP 180/100 (아침)
 - 2002. 12. 06
 兩下肢 위약 여전, 통증 감소, 저림 여전
 兩上肢(手) 위약, 저림 여전함.
 배부통
 안면마비
 수면 양호
 BP 160/90 (아침)
 - 2002. 12. 08
 兩下肢 위약 여전(거상 불가), 통증
 통증 감소, 저림 여전
 兩上肢(手) 위약, 저림 여전함.
 배부통 감소
 안면마비
 대변불통 4일
 수면 양호
 - 2002. 12. 09
 兩下肢 위약 다소 호전, 통증 감소, 저림 감소
 兩上肢(手) 위약, 저림 여전함.
 배부통 감소
 안면마비
 수면 양호
 - 2002. 12. 11
 하지 위약 여전, 통증 감소, 저림 여전
 兩上肢 위약, 저림 여전함.
 배부통 감소 - 거의 없음
 안면마비
 수면 淺
 - 2002. 12. 12
 하지 위약 호전, 통증 감소, 저림 여전
 兩上肢 위약, 저림 여전함.
 배부통 없음
 안면마비
 수면 淺
 - 2002. 12. 14
 하지 위약 호전, 통증 감소, 저림 여전
 兩上肢 위약, 저림 여전함.
 배부통 재발
 안면마비
 수면 양호
 물리치료 시작
 - 2002. 12. 15
 하지 위약 호전, 통증 감소, 저림 다소 감소
 兩上肢(手) 위약, 저림 여전함.
 背部痛 감소
 안면마비
 複視(diplopia) 발생
 수면 양호
 - 2002. 12. 19
 하지 위약 호전(거상 가능), 통증 감소, 저림 감
 소
 兩上肢(手) 위약 여전, 저림 다소 감소.
 안면마비

- 複視(diplopia)
수면 양호
- 2002. 12. 20
하지 위약 호전, 통증 감소(없음),
저림 감소
兩上肢(手) 위약 여전, 저림 다소 감소.
안면마비
複視(diplopia)
수면 양호
 - 2002. 12. 22
퇴원
 - 2003. 01. 02
외래 방문. 복시 없음.
사지의 筋無力 지속적으로 호전.
저림 거의 없음
 - 2003. 3. 3
사지의 筋無力 지속적으로 호전.
感覺障碍 거의 없음
외래 치료 끝.
 - 2003. 3. 21
신경과 외래 치료 끝.

Ⅲ. 考 察

1. 西洋醫學的 考察

1) 原因

이 疾患의 정확한 原因은 아직 밝혀지지 않았으나, 동물 실험 결과 등으로 미루어 보아 면역 조정성 질환(immune mediated disease)일 것으로 여겨지고 있다.³ 한편 감염설에 있어서는 바이러스 감염, 특히 cytomegalovirus 감염 후에 발생될 수 있으며, 그 외 mycoplasma, 살모넬라(salmonella), 캄피로박터(campylobacter) 등의 다른 감염과도 연관되어 발생되다. 이 외 생균 및 사균의 면역주사, 항독소, 외상, 수술 및 악성 질환(malignant disease) 등과도 어느 정도 상관관계를 맺고 있는 것으로 알려져 있다.⁵

2) 臨牀的 特徵⁵

발병 빈도는 인구 100,000명당 2명 정도이며, 특

히 이 질환에서는 발병 5일~3주전 바이러스 등의 감염이나 면역접종의 병력이 있는 경우가 많다.

감각증상은 발의 이상감각이 뚜렷하며 차차 손 부위로 진행된다. 간혹 통증, 특히 背部痛이 초기 증상일 수도 있다. 위약(weakness) 발생은 초기부터 전신화되어 주로 근위부에 분포하거나, 원위부에서 시작되어 점차 상승할 수 있다. 심한 경우에는 호흡근 및 뇌신경근이 침범되며, 위약은 신경학적 증상이 나타난 후 3주 정도에 가장 심하다. 20% 정도에서는 기관절개(tracheostomy) 및 인공호흡(ventilation)이 요구된다. 50%의 환자에서는 어느 정도의 안면근 위약이 발생한다. 뇌척수액 단백질 심하게 상승되면 지주막 용모가 차단되어 유두부종이 초래될 수 있다. 빈맥, 혈압 불안정, 뇨저류 등의 자율신경 장애가 환자의 일부에서 발생한다. 감각 징후도 드물게 발생한다.

3) 진단³

AIDP의 정확한 병인론적 기전은 밝혀지지 않았으나 진단은 임상적 범주에 기준을 두고 정하게 된다. 이는 Table 2에 나타내었다.

4) 치료 및 예후

치료는 주로 보존적 치료법으로 마비 환자의 관리가 매우 중요하며, 간혹 호흡부전 환자의 인공호흡 관리 등이 필요하다.⁵

급성 경과에서는 입원 가료가 필수적이며 합병증의 발생을 막는 것이 중요하다. 흔히 있는 합병증으로는 흡인성 폐렴, 폐색전증, 병발 감염 혹은 자율신경 기능장애 등이 있다. 치료면에서는 자가면역성 질환이라는 기전에 의하여 혈장교환술 혹은 면역글로블린 정맥주사법을 시행한다. 이론적으로는 발병 4주에 최고의 악화 상태에 도달하고 그 후는 점차 회복이 되지만, 이 때 회복 상태가 되기 전에 호흡부전으로 사망에 이르기도 한다. 그러나 회복기에 접어들면, 6개월 이내에 85%가 통원 가료 수준에 도달한다. 최근의 사망률은 5% 미만으로 계산된다.³

스테로이드, 세포 독성 약물 등의 특정한 면역억제 물질의 치료 효과는 뚜렷하지 않다. 실제 스테로이드 약물은 비교연구에서 거의 효과가 없는 것으로

Table 2. AIDP의 진단적 범주

1. 진단을 위해 필요한 양상들
1) 팔다리에서의 진행성 근쇠약(progressive weakness)
2) 무반사증(areflexia)
3) 다른 확실한 원인이 없을 것(absence of another identifiable cause)
2. 진단을 지지할만한 임상적 양상들
1) 진행성이 4주 이내로 끝난다.(progression less than 4 weeks)
2) 비교적 대칭성일 것(relative symmetry)
3) 경미한 감각 증상 및 징후(mild sensory symptoms and signs)
4) 뇌신경 침범(cranial nerve involvement)
5) 진행성 중단 후 2~4주 이내에 회복 시작(recovery beginning)
6) 자율신경 기능장애(autonomic dysfunction)
7) 발병시에 발열이 없을 것(absence of fever at onset)
3. 진단을 지지할만한 실험실적 소견
1) 뇌척수액(CSF) 검사에서 단백 상승(protein elevated) 및 10개 미만의 세포(less than 10 cells/ μ l)
2) 전기진단적 검사(electrodiagnostic study)에서 느린 신경 전도(nerve conduction slowing) 혹은 전도 차단(conduction block)

판명되었다⁵.

5) 증례 분석

본 증례의 경우, 발병 전 감기와 비슷한 身痛이 있었으며, 발병일 경 우측 耳後痛이 있으면서 안면 마비가 나타났고 다음날부터 양하지의 근 무력이 진행되었다. 김²은 AIDP의 약 60%에서 선행 질환이 나타난다고 하였는데 이는 본 증례에서도 나타났다. 또한, AIDP의 임상증상인 대칭적인 사지의 근무력이 하지에서 상지로 진행되고 저리고 아픈 감각이상 이 나타났으며, 안면마비와 심부건반사의 減弱이 있었다.

신경도속도(NCV) 검사상 느린 신경 전도(nerve conduction slowing)가 나타난 것도 본 증례가 AIDP 임을 지지한다. 검사실 검사상 WBC 9,600 / AST 42 / ALT 49 / BUN 36 / FBs 270 으로 나타났으나, 평소의 음주력과 당뇨의 기왕력을 볼 때, 특별한 질환이 의심되지는 않았다.

치료에 있어서 글로불린 정맥 주사법이나 혈장교환술 등을 시행하지는 않았으며, 대증적인 약물 치료를 시행하였다.

예후를 관찰했을 때, 이³는 이론적으로는 발병 4주에 최고의 악화상태에 도달하고 그 후는 점차 회

복이 되며, 6개월 이내에 85%가 통원 가료 수준에 도달한다고 하였으나, 이 증례에 있어서의 증상의 진행은 하지와 상지의 운동 및 감각 신경 장애는 발병일로부터 약 2주간 진행되었으며 그 이후 점차 통증이 감소되었으며, 약 3주부터는 하지의 감각장애 및 운동장애가 호전되었다. 그리고 발병일로부터 4주 후에 통원 가료를 시작하였다.

2. 韓醫學的 考察

저자는 본 증례를 임상 증상과 진행과정의 관찰을 통하여 痿病과 痺症의 범주로 보았다.

1) 痿病

(1) 痿病의 原因

痿病은 歷代 醫家들에 의하여 痿症, 痿厥, 筋痿, 痿躄 등으로 표현되었고 이에 대하여 李⁷는 “痿躄下枯由肺熱 五藏因肺熱葉焦 發爲痿躄, 陽明虛則 宗筋縱 帶脈不引 故足痿不用, 逆冬氣則傷腎 春爲痿厥”이라 하였다.

또 東醫寶鑑⁹에서는 “痿病之因 內經曰 肺者藏之長也 爲心之蓋也 有所失亡所求不得 則發肺鳴鳴 則肺熱葉焦 故曰 五藏因肺熱肺焦發 爲痿躄此之謂也”라고 하였고 또 “心氣熱 爲脉痿 則經縱而不任地 肝

氣熱 爲筋痿 則筋急而攣 脾氣熱 爲肉痿 則胃乾而渴 肌肉不仁 腎氣熱 爲骨痿 則腰脊不舉 骨枯而髓減”이라 하였고, 또 “痿謂手足痿弱 無力以運動也 由肺金本燥 燥之爲病 血衰不能榮養百骸 故手足痿弱不能運動 猶秋金旺則草木萎落 病之象也 痿猶萎也”이라 하였다.

계절적인 發病에 대하여 東醫寶鑑⁹에서는 “痿之作也 皆五月·六月·七月之時 午者 少陰君火之位 未者濕土 庚金伏火之地 申者少陽相火之分 故病痿之人 其脉浮大”라고 하였다.

以上을 살펴보면 爲病의 原因은 肺熱葉焦 혹은 肺燥, 陽明虛이거나 혹은 各 臟腑의 氣熱 중에서 특히 心氣熱과 肝氣熱이 유사하여 諸家의 學說이 대체로 一致하며 특히 東醫寶鑑에서 心氣를 痿病의 原因으로 본 것이 특징적이다. 또한 5月·6月·7월에 痿病이 多發한다고 하였는데 이는 金²이 인용한 중국과 한국의 임상 연구와 부합하는 바이다.

(2) 痿病의 治療

痿病의 治療에 있어서, 李⁷는 肺氣를 宣포시키고 中焦를 소통시키면서 腎을 溫補하는 大防風湯, 萬金湯, 桂烏湯, 三氣飲, 薏附湯 등을 처방하였다. 그 내용은 아래에 圖示하였다.

東醫寶鑑⁹에서는 “瀉南方 則肺金清 而東方不實 何脾傷之有 補北方 則心火降 而西方不虛 何肺熱之

有 故陽明實 則宗筋潤 能束骨而利機關矣 治痿之法 無出於此”라 하여 痿病의 治療방법을 밝히고, “蒼朮 黃柏治痿之要藥也”이라 하였다.

2) 痺症

(1) 痺症의 原因

痺症은 症狀에 따라 行痺, 痛痺, 着痺로 나누기도 하고 그 原因이 風寒濕 三氣가 混雜되어 侵入한 것으로 보았는데, 이에 대하여 黃帝內經素問⁸에서는 “黃帝問曰 痺之安生 岐伯對曰 風寒濕三氣雜至 合而爲痺 其風氣勝者爲行痺 寒氣勝者爲痛痺 濕氣勝者爲着痺”이라 하였다.

또, 李⁷는 “痺者 氣閉塞不通疏也 或痛痒 或麻痺 或手足微弱 與痿相類 但痿因血虛火盛肺焦而成 痺因風寒濕氣侵入以成”이라고 하여 痺症과 痿病의 차이 를 밝혔는데, 痺症은 風寒濕의 外邪가 侵襲하여 發生한 것으로 原因이 外에 있고, 痿病은 生氣(氣血, 精氣神) 순환의 부조화로 因하여 發生한 것으로 그 原因이 內에 있다고 하였다.

(2) 痺症의 治療

痺症의 治療에 대해서 李⁷는 行濕流氣飲, 何拘飲, 流氣飲, 祛痺湯 등으로 行氣之劑 및 溫熱之劑로 行氣하고 通經絡하여 風寒濕을 消散시키는 方法으로 治療하였다. 그 내용은 아래에 도시하였다.

Table 3. 醫鑑重磨百病總刮의 痿躄 治療

方	構成	治療
大防風湯	熟地黃 一錢半 白朮 防風 白芍藥 杜冲 黃芪 各一錢 附子炮 川芎 牛膝 羌活 人蔘 甘草 各五分	治患痢後脚脛瘦弱屈伸如鶴之膝節
萬金湯	續斷 杜冲 防風 白茯苓 牛膝 細辛 人蔘 桂皮 當歸 甘草 黃柏 各八分 川芎 獨活 秦芫 熟地黃 各五分	治手足微弱 或痛麻痺痒痿
桂烏湯	何首烏 薏苡仁 各二錢 枸杞子 附子 人蔘 白朮 橘皮 桂枝 各一錢五分 乾薑 牛膝 防風 各一錢 甘草 五分	治肺腎虛胃有濕 手足痿弱
三氣飲	何首烏 薏苡仁 枸杞子 各二錢 人蔘 附子 官桂 乾薑 牛膝 地骨皮 杜冲 各一錢 黃柏 甘草 各五分	治肺熱胃腎寒濕 手足痿痺或瘦
薏附湯	薏苡仁 三錢 何首烏 枸杞子 白茯苓 各一錢半 人蔘 麥門冬 附子 川烏 官桂 白朮 各一錢 黃柏 甘草 各五分	治右痿痺 手足弱

Table 4. 醫鑑重磨百病總括의 痺症 治療

方	構成	治療
行濕流氣飲	薏苡仁 二兩 白茯苓 一兩半 蒼朮 羌活 川烏炮 一兩	治風寒濕 凝滯經絡 皮肉鈍麻或痺手足煩軟 或作十貼
何枸飲	薏苡仁 三錢 何首烏 枸杞子 官桂 白茯苓 附子 各二錢 石菖蒲 桂枝 蒼朮 黃栢 牛膝 各一錢 枳實 甘草 各五分	治三氣侵淫骨節痺痛
流氣飲	兔絲子 三錢 薏苡仁 附子 各二錢 石菖蒲 白茯苓 各一錢半 苦蔘 桂枝 牛膝 枳實 各一錢 黃連 甘草 各五分	治三氣凝結骨節筋肉宛痺
祛痺湯	薏苡仁 橘皮 各二錢 附子 人蔘 白茯苓 各一錢半 桂枝 香附子 蒼朮 牛膝 枳實 各一錢 甘草 五分	治三氣侵入 四肢骨節鈍痛筋攣 胸煩悶 今關節炎
勝濕湯	薏苡仁 三錢 何首烏 附子 桂枝 各二錢 人蔘 蒼朮 白茯苓 各一錢半 當歸 乾薑 威靈仙 牛膝 各一錢 甘草 五分	治三氣侵入骨節痠痛行步難 今關節炎
烏桂飲	何首烏 薏苡仁 各二錢 枸杞子 附子 人蔘 桂枝 蒼朮 各一錢半 乾薑 牛膝 石菖蒲 各一錢 甘草 五分	治三氣凝結骨節腫痛行步難 今關節炎
祛濕湯	何首烏 薏苡仁 各三錢 蒼朮 桂枝 威靈仙 川烏 各二錢 當歸 乾薑 五加皮 各一錢 秦朮 黃栢 各五分	治三氣浸淫肢節腫痛 卽關節炎 神經痛
勝濕湯	何首烏 三錢 白茯苓 苦蔘 威靈仙 川烏 蒼朮 各二錢 桂枝 獨活 牛膝 各一錢 黃栢 甘草 各五分	治三氣浸淫骨節 與瘀搏而腫痛

東醫寶鑑⁹에서는 “痺之初起 驟用參芪歸地 則氣血滯而邪鬱不散 只以行濕流氣散主之”, “三氣襲人經絡久而不已 則入五藏 或入六府 隨其臧府之俞合以施針灸 仍服逐三氣發散等藥 則病自愈矣”라고 하여 病的初起에 補氣補血보다는 行濕流氣散을 사용해야 한다 하였으니, 諸家の 學說이 대체로 일치한다.

3) 鍼灸治療

痿病的 치료에 대하여 최 등¹⁰은 陽陵泉(筋會), 懸鍾(髓海), 大杼(骨會)에 灸하고, 下肢痿症에 대하여 足三里, 風市, 環跳, 陰陵泉, 解谿, 太淵, 懸鍾, 伏兔 등에 刺鍼한다고 하였으며, 痺症의 치료에 대하여 尺澤, 曲池, 肩髃, 天宗, 手三里, 天井, 足三里, 懸鍾, 陽輔, 崑崙, 委中, 風市, 陽陵泉, 行間, 解谿 등에 刺鍼한다고 하였다.

본 환자에는 百會, 足三里, 陽陵泉, 陰陵泉, 懸鍾, 三陰交, 太衝, 崑崙 등의 穴에 刺鍼하였다.

百會는 督脈, 足太陽膀胱經, 手少陽三焦經, 足少陽膽經, 足厥陰肝經의 五脈이 합류하는 곳이며, 開竅寧神, 平肝熄風, 升陽固脫의 效능이 있다하였고, 足

三里와 陽陵泉은 痺症과 痿病에 모두 사용되는 穴로서, 足三里는 理脾胃, 調氣血, 補虛弱의 效능이 있으며, 一切 足病을 치료한다고 하였다. 陽陵泉은 八會穴의 筋會이며 足少陽膽經의 合穴로 利肝膽, 清濕熱, 強筋骨의 效능이 있다. 懸鍾은 八會穴의 髓會이며 足三陽經과 연락되어 있으며, 陰陵泉은 足太陰脾經의 合穴로 化濕滯, 利下焦의 效능이 있다. 三陰交는 足三陰經의 交會穴이며 健脾化濕, 疏肝益腎의 效능이 있다. 太衝은 足厥陰肝經의 輸血이며 原穴로 平肝, 理血, 通絡의 效능이 있다. 崑崙은 祛風通絡, 舒筋健腰의 效능이 있는 穴이다¹¹.

4) 症例 分析

① 본 症例에서 환자는 평소 성격이 꼼꼼하고 음주를 10년 전부터 매일하는 습관이 있었으며, 기왕력으로는 특발성 안면신경 마비, 당뇨병, 고혈압 등이 있었다. 이는 평소 환자의 憂·思·悲로 인한 것이므로, <黃帝內經素問·痿論>에 “有所失亡, 所求不得 則發肺鳴鳴 則肺熱葉焦”로 痿病이 됨을 유추할 수 있다.

- ② 발병일 전(2000년 11월 15일 경) 양하지의 위약감과 함께 감기와 비슷한 身痛이 일주일 가량 있었는데, 이는 風寒濕으로 인하여 痺症이 발생함을 추정할 수 있다.
- ③ 입원 초기의 증상은 양하지의 위약 및 저림이 야간에 심한 것과 안면마비였는데, 이는 痿病과 痺症의 주된 증상이다.
- ④ 입원 이후 2주간 증상이 계속 진행되었으며 환자는 특히 하지의 통증을 심하게 호소하였는데 이는 痺症 중에서 痛痺의 대표적인 증상이다.
- ⑤ 痿病의 病理機轉은, 有所失亡, 所求不得하여 肺氣(上焦)의 宣布가 잘 되지 않으면 陽明脈(中焦)이 虛하게 되어 生氣(精氣神血)가 下焦에 도달하지 못하므로, 痿躄(下肢無力)·안면마비·大便不通의 증상이 나타난 것으로 추정할 수 있다.
- ⑥ 痺症의 病理機轉은, <黃帝內經素問·痺論>의 風寒濕三氣雜至 合而爲痺한 것처럼, 風寒濕에 의해 生氣가 유통되지 않아 四肢痺·동통이 나타난 것으로 추정할 수 있다.

5) 處方 分析

- ① 風寒濕의 痺症과 憂·思·悲로 인한 痿病이 시일이 경과하여 나타난 生氣(精神氣血)의 虛寒을 치료하기 위하여 人蔘, 附子, 桂枝, 當歸, 黃芪 등을 처방하였다.
- ② 白茯苓, 栝子仁, 香附子, 橘皮, 人蔘, 石斛 등의 藥物을 사용하여 憂·思·悲의 鬱을 풀고 上焦의 宣布를 돕고 中焦를 疏通하게 하였다.
- ③ 風寒濕邪가 시일이 경과하여 痺症이 되었으므로 桂柄, 川烏, 南星 등의 藥物로 通經絡하는 치료법을 사용하였다.
- ④ 生氣의 활동이 약하여 생긴 濕痰을 白茯苓, 白茯苓, 薏苡仁, 澤瀉, 南星, 蒼朮 등의 藥物을 사용하여 제거함으로써 生氣의 소통을 원활하게 하였다.
- ⑤ 生氣(精氣神血)가 下焦에 도달하지 못하여 痿躄이 되면서 나타나는 下肢無力·疼痛·저림 및 大便不通의 증상에는 肉蓯蓉, 枸杞子, 附子, 郁李仁, 牛膝 등의 藥物을 이용하여 치료하였다.

6) 治療 經過 및 結果

上記의 藥材를 淸上通中溫下의 관점에서 처방한 결과, 하지와 상지의 운동 및 감각 신경 장애는 발병일로부터 약 2주간 진행되었으며 그 이후 점차 통증이 감소되고 있었으며, 약 3주부터는 하지의 감각장애 및 운동장애가 호전되었다. 그리고 발병일로부터 4주 후에 퇴원하여 통원 치료를 시작하였다.

IV. 結 論

AIDP로 진단받은 환자를 痿病과 痺症이 併發한 것으로 辨證하고 治療하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 서양의학 이론상 발병 4주에 최고의 악화상태에 도달하고 그 후는 점차 회복이 되며, 6개월 이내에 85%가 통원 치료 수준에 도달한다고 하였으나, 본 증례에서는 상지와 하지의 운동 및 감각 신경 장애는 발병일로부터 약 2주간 진행되었으며 그 이후 점차 통증이 감소되었으며, 약 3주부터는 하지의 감각장애 및 운동장애가 호전되었고, 통원치료 결과 사지의 운동 및 감각 기능이 모두 호전되었으며, 3차 시행한 신경전도속도 검사상에도 유의한 호전이 나타났다.
2. 痿病은 肺熱葉焦를 淸上, 陽明脈虛를 通中, 腎氣虛寒을 溫下하고, 痺症은 風寒濕을 疏通시키면서 生氣의 活動력을 살려주는 방법으로 환자를 치료하여 유의성 있는 결과를 얻었다.
3. 본 증례에서 유의한 결과가 있으나 이는 개인차의 가능성이 있으므로 차후 지속적인 연구와 증례의 수집이 필요할 것으로 사료된다.

參考文獻

1. 김철원. Guillain-Barre症候群에 對한 東西醫學의 考察(治驗 3例를 中心으로). 대한한의학회지. 1992;13(2):151-156.
2. 김주동 외. 전기진단학적 분류에 따른 길랑바레 증후군 아형의 임상양상. 대한신경과학회지.

2001;19(5):503-508.

3. 이대희. 임상 신경학(각론). 서울:도서출판 고려의학;1998, p.306-10.
4. 이민철 외 1인. 신경병리학. 전남대학교 출판부;1999, p.454-5.
5. Kenneth W. Lindsay 외 1인. 임상 신경학. 서울:도서출판 고려의학;1998, p.694-6.
6. Raymond D. Adams 외 2인. 아담스 신경과학. 서울:도서출판 청담;1998, p.1188-9.
7. 李元世. 醫鑑重磨百病總括. 서울:대성의학사; 2001, p.55-7, 62-3.
8. 王冰. 黃帝內經素問. 서울:대성출판사;2000 p.265-6.
9. 許浚. 東醫寶鑑. 서울:법인문화사;1999, p.785-8 974-8.
10. 최용태 외. 침구학(하). 서울:집문당;1994, p.1271-2, 1294-5
11. 안영기. 경혈학총서. 서울:성보사;1995, p.196-7 228-9, 420-1, 584-5, 592-3, 610-1, 660-1.